

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

352

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

André-René CLÉMENT

Né le 31 Mai 1901, à PARIS (Seine)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Assistant du Service de Laryngologie à l'Hôpital Tenon

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT
DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE
A L'HOPITAL

Président : Monsieur F. LEMAITRE, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

André-René CLÉMENT

Né le 31 Mai 1901, à PARIS (Seine)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Assistant du Service de Laryngologie à l'Hôpital Tenon

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT
DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE
A L'HOPITAL

Président : Monsieur F. LEMAITRE, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1934

I. — Professeurs

MM.	
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
	Maur. VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUR.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	Neurologie et Psychiâtrie.	FEY	Urologie.
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.	GALLIARD	Parasitologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GASTINEL	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART	
BULLIARD	Histologie.	D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
CHABROL	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
DONZELOT	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.



MM.

HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE Henri... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.).. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SEZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT..... Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-
 LEMAIRE... Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	}	Clinique médicale.
AUBERTIN		
BRULE		
CHIRAY		
DUVOIR		
HARVIER		
LIAN	}	Clinique chirurgicale
BASSET		
CADENAT		
HEITZ-BOYER .		
MOCQUOT		
MOURE		
SCHWARTZ		

MM.

GUENIOT	}	Clinique obstétricale.
LE LORIER.....		
LEVY-SOLAL ..		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique.
 FREY Stomatologie.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE le D' GEORGES CLEMENT

*Qui, entre autres choses, m'a transmis
le goût de l'oto-rhino-laryngologie; en té-
moignage de profonde affection.*

A M. le Professeur LEMAITRE

*Avec mes remerciements pour le grand
honneur qu'il me fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE M. le Docteur HAUTANT

*En hommage de respectueuse gratitude
pour son précieux enseignement et la
grande bienveillance qu'il m'a toujours
témoignée.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur PAUL MATHIEU

M. le Professeur SEBILEAU

M. le Docteur TREMOLIERES

M. le Docteur AVIRAGNET

M. le Docteur BOURGEOIS

M. le Docteur HAUTANT

M. le Professeur agrégé HALPHEN

A M. le Docteur BALLERIN

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital M. H. de Rothschild

Avec mes sentiments dévoués et reconnaissants.

INTRODUCTION

L'objet de ce travail, qui nous a été inspiré par notre Maître, le Docteur Hautant, est des plus modestes, comme l'indique son titre même.

Nous n'avons pas, en effet, la prétention de passer en revue tous les traitements actuellement applicables à la tuberculose laryngée, pas plus que nous n'oserons parler de traitements curatifs, c'est-à-dire suivis de « *restitutio ad integrum* », car, si nous avons vu guérir des laryngites congestives chez des tuberculeux pulmonaires, nous n'avons que bien rarement eu la chance, du moins chez nos malades de l'hôpital, de voir disparaître, sans laisser de traces, les lésions caractéristiques de tuberculose laryngée, bienheureux quand nous pouvions assister à leur diminution, à l'arrêt de leur évolution et surtout à l'amélioration des troubles fonctionnels qu'elles entraînaient.

Depuis presque un an, le centre de triage et les différents services de médecine de l'hôpital Tenon, nous ont envoyé leurs malades tuberculeux, chez qui des troubles fonctionnels (dysphonie ou dysphagie, parfois les deux) pouvaient faire suspecter des lésions laryngées.

Nous avons ainsi examiné, traité et suivi plus de 80 malades; c'est des observations les concernant, dont nous reproduirons les plus démonstratives, que nous essaierons de tirer quelques conclusions thérapeutiques.

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENTS

Avant de citer et de discuter ces observations, il nous semble indispensable d'étudier succinctement les moyens thérapeutiques que nous avons employés; ces moyens, nous croyons utile d'insister sur ce point, sont à la disposition de tout service hospitalier d'oto-rhino-laryngologie.

I. — Voyons d'abord ceux qui doivent être appliqués par le malade lui-même :

C'est avant tout l'« hygiène vocale », qui se résume en ce seul précepte : le malade doit ménager son larynx. Pour ce faire, qu'il observe le silence le plus possible, et, s'il est obligé de parler, que ce soit à voix chuchotée; cette consigne du silence, il faut que le malade comprenne qu'elle est une des conditions nécessaires de sa guérison. Il devra aussi éviter toute irritation : donc, il ne fumera pas, et s'éloignera de

ceux qui fument; il proscrira de son alimentation le poivre et les épices, et tout ce qui, pendant la déglutition pourrait irriter au passage les aryténoïdes si souvent touchées par la tuberculose.

Dans la plupart des cas, nous prescrivons :

2 inhalations par jour avec une cuillerée à café de :

Baume du Pérou 10 gr.

Alcool à 90° 100 gr.

pour un bol d'eau bouillante.

Elles ont, en général, un effet décongestionnant, analgésique et cicatrisant, mais il arrive, chez de rares malades, qu'elles soient suivies de quintes de toux douloureuses et même d'expectorations hémoptoïques ; nous croyons sage, alors, de les proscrire.

Aux malades chez qui la dysphagie rend l'alimentation très pénible, parfois même impossible, nous prescrivons une aspiration de poudre calmante, à faire 5 minutes avant chaque repas. Nous conseillons, le plus souvent, le scuroforme peu toxique, et d'un effet suffisant, réservant pour les cas très avancés, et les dysphagies de la période ultime, la poudre de Lubet-Barbon (morphine, lactose, gomme arabique, à parties égales). L'aspiration sera faite à l'aide d'un tube de Leduc, dont la petite branche effleure, par son extrémité, la pincée de poudre déposée dans une soucoupe, et dont la longue branche est introduite aussi loin que possible dans la gorge. Le malade serre les lèvres autour du tube, et fait une brusque aspira-

tion, qui a pour effet de projeter la poudre sur toute la muqueuse laryngée.

II. — Certains traitements doivent être appliqués par le personnel médical du service où le malade est hospitalisé, ou par celui du centre de triage, qui suit le malade non hospitalisé. Nous ne parlerons pas des traitements destinés à améliorer l'état général et l'état pulmonaire, car, n'ayant pas d'action directe sur le larynx, ils sont mis en œuvre en dehors du laryngologiste ; sachons cependant, qu'à la suite d'un traitement recalcifiant judicieux, ou d'une intervention locale heureuse (pneumothorax, phrénicectomie, etc.), on voit souvent, parallèlement aux symptômes généraux et pulmonaires, évoluer favorablement une laryngite bacillaire.

Il est pourtant un traitement général qui doit retenir un instant notre attention, c'est l'aurothérapie, car son action sur le larynx est certaine, et si elle est parfois favorable, elle peut être aussi néfaste, comme nous le verrons plus loin dans quelques-unes de nos observations.

Chez nos malades, l'aurothérapie a été appliquée sous forme de crysalbine en injections intraveineuses, à raison de 2 injections par semaine, en commençant par 0,10 pour les deux premières injections, 0,25 pour les 5 suivantes, et 0,50 jusqu'à la fin de la série, c'est-à-dire jusqu'à la dose totale de 10 gr. Pendant tout ce temps, nous surveillons très réguliè-

rement le malade, et faisons cesser la crysalbine sitôt que le moindre énanthème apparaît ; car l'énanthème siégeant sur la muqueuse bucco-pharyngée, bien connu du phtisiologue, frappe aussi le larynx et nous l'avons vu parfois donner un véritable « coup de fouet » aux lésions qui prennent un aspect inflammatoire et bourgeonnant, augmentant considérablement la dysphonie et la dysphagie.

Dans certains cas très avancés, où la dysphagie rendait l'alimentation impossible, nous avons, sur la suggestion du Docteur Ombrédanne, fait pratiquer dans le service de médecine hospitalisant le malade, une série de 10 injections sous-cutanées de cobratoxine, titrées à 5 unités Oliviero, à raison d'une tous les 2 jours pour les 5 premières, et d'une tous les 3 jours pour les 5 suivantes ; dans certains cas, nous avons prescrit une deuxième série d'ampoules titrées à 10 unités.

Elles ont été chaque fois suivies d'une amélioration très marquée de la dysphagie et d'une diminution de l'inflammation locale.

Enfin, chez certains malades qui ont des réflexes nauséux particulièrement vifs, nous faisons administrer dans leurs services, aux choix du médecin traitant, 0,10 de gardénal, ou 2 gr. de bromure de K. pendant les 3 jours qui précèdent celui où nous nous sommes proposé d'intervenir sur le larynx par galvanocautérisation ou étincelle froide, manœuvres qui exigent un calme pharyngo-laryngé parfait.

III. — Voyons maintenant les traitements qui doivent être appliqués par l'O.-R.-L. lui-même :

1° C'est d'abord les *injections laryngo-trachéales* médicamenteuses; nous y avons recours quand nous voulons nettoyer un larynx sale, encombré de sécrétions mucopurulentes; suivant les cas, elles constitueront à elles seules tout le traitement, ou au contraire, serviront à préparer le terrain pour certaines thérapeutiques plus actives, que nous étudierons plus loin.

Nous nous passons le plus souvent d'anesthésie locale qui augmente sans nécessité la fatigue et l'énervement du malade, en prolongeant la durée de manœuvres toujours désagréables.

Pour faire l'injection, nous employons une seringue en verre à piston métallique, munie d'une canule laryngée, et sous le contrôle du miroir, nous injectons 5 cc. d'huile goménolée au dixième, en ayant soin de recommander au malade de maintenir sa langue tirée au dehors à l'aide d'une compresse, et de ne la lâcher que sur notre ordre, dès que le réflexe tussigène s'est produit; puis, aussitôt après, de fermer la bouche et de respirer largement par le nez.

2° Pour cicatriser les ulcérations laryngées, nous avons d'abord employé classiquement les attouchements à l'acide lactique au dixième; plus tard, sur les conseils du Docteur Hautant, nous nous sommes servi d'une solution au vingtième de *bleu de méthylène*, et nous avons noté que ce dernier ajoutait à son rôle ci-

catrisant une action décongestionnante et analgésique très appréciée des malades. Ces attouchements laryngés, répétés une ou deux fois par semaine, sont faits sous le contrôle du miroir avec le porte-coton de Kilian, sans anesthésie préalable.

3° Chez les malades dont l'état général est peu touché, dont la température n'atteint pas 38°, dont les lésions pulmonaires sont peu évolutives, nous avons recours à un traitement classique qui nous a paru presque toujours efficace : la *galvano-cautérisation*; celle-ci sera indiquée dans les cas de lésions végétantes, d'infiltration localisée, ou même dans les grosses infiltrations pseudo-œdémateuses qu'on voit parfois envahir toute l'épiglotte, ou les aryténoïdes.

Pour que ce traitement soit correctement appliqué, il faut pouvoir obtenir un calme pharyngo-laryngé parfait. Pour ce faire, après administration matin et soir d'un gramme de bromure ou de cinq centigrammes de gardénal aux sujets particulièrement nerveux, nous procédons à une anesthésie locale très complète ; à l'aide d'un porte-coton de Kilian, nous badigeonnons la muqueuse du voile, du pharynx et de la base de la langue avec de la cocaïne à 1/20, puis l'épiglotte, les aryténoïdes, les bandes ventriculaires et les cordes vocales avec de la cocaïne à 1/10 ; si, après cinq minutes d'attente, l'introduction du porte-coton dans la cavité laryngée ne produit plus aucun réflexe, nous considérons l'anesthésie comme suffisante ; sinon, il nous faut faire un nouveau badigeon-

nage ; quand l'anesthésie est obtenue, nous faisons, au niveau de la lésion, avec la pointe du galvano-cautère portée au rouge-blanc, deux ou trois ignipunctures profondes. Même si nous avons affaire à des lésions étendues, nous nous efforçons, dans une séance, de limiter notre action à une zone restreinte ; les points d'ignipuncture se trouvent donc être assez rapprochés les uns des autres ; c'est le meilleur moyen, nous semble-t-il, d'éviter des réactions locales fâcheuses. En prenant la précaution d'espacer les séances d'une quinzaine de jours, et d'éliminer les malades nettement fébriles, et dont l'état général et pulmonaire était franchement mauvais, nous avons constaté que les galvano-cautérisations étaient toujours bien supportées.

4° Le traitement par l'*étincelle froide* reconnaît les mêmes indications que la galvano-cautérisation ; il est, à notre avis, plutôt moins efficace, mais comme il entraîne des réactions locales et générales moindres, il constitue un mode de thérapeutique précieux que nous avons substitué aux ignipunctures dans les rares cas où celles-ci étaient mal supportées.

Pour produire l'étincelle dite froide, nous employons le matériel préconisé par Bourgeois et Marion, et qui se compose simplement d'un appareil de diathermie avec éclateur et résonateur, et d'une électrode constituée par un tube en verre pyrex à courbure laryngée — armature isolante — et par un fil de laiton recuit coulissant à l'intérieur — armature

conductrice. L'application se fait en monopolaire avec le maximum d'intensité de l'appareil, et une longueur d'étincelle de 1/2 cm. ; nous la faisons sous le contrôle des miroirs, après avoir procédé à l'anesthésie complète du larynx comme pour une galvano-cautérisation. Comme le conseillent Bourgeois et Marion, nous limitons la durée de l'étincelage à 30 secondes, en 3 ou 4 fois, et nous espaçons les séances de 8 jours.

5° Dans de nombreux cas, qu'il s'agisse de lésions ulcéreuses, ou ulcéro-végétantes, ou d'infiltration diffuse au début, nous avons, sur les conseils du Docteur Aubry, employé *les rayons ultra-violets*, en applications locales. Cette méthode, qui nous a presque toujours donné de bons résultats, est, en général, bien supportée et a l'avantage de ne reconnaître que fort peu de contre-indications ; seules, une tendance aux hémoptysies, une atteinte marquée de l'état général, une fièvre élevée, nous ont empêchés d'appliquer cette thérapeutique.

Pour produire les rayons ultra-violets, nous employons une électrode à courbure laryngée, constituée par un tube de quartz fondu renfermant une petite masse de mercure et d'argon, reliée à un appareil de diathermie à éclateur et résonateur, monté en monopolaire.

Après une anesthésie pharyngo-laryngée soignée, nous mettons l'électrode en place, presque toujours sans le contrôle du miroir ; il suffit, en effet, de placer la tête du malade en légère extension et de maintenir

sa langue suffisamment tirée pour réussir le plus souvent à découvrir le bord supérieur et la face antérieure de l'épiglotte ; il est alors facile d'introduire dans cette sorte d'entonnoir le tube à rayons ultraviolets, dont l'extrémité supérieure vient reposer sur le plan glottique. En nous passant de miroir, nous réduisons au minimum l'encombrement de la cavité buccale de notre malade ; celui-ci nous en sait gré, et présentant fort peu de réflexes nauséux, il nous permet ainsi de lui faire une effluviation de durée suffisante (1 à 2 minutes, suivant les cas) sans presque d'interruptions, ce qui gagne un temps appréciable. Nous espaçons les séances de 8 jours, parfois de 15, si la légère réaction congestive qui suit l'effluviation n'est pas éteinte au bout d'une semaine, ce qui est d'ailleurs l'exception.

6° Malheureusement, on nous amène parfois des malades dont les lésions sont si importantes et l'état général si déficient, qu'un traitement curatif est voué d'avance à un échec certain. Dans ce cas, il faut surtout songer à agir sur la dysphagie souvent si intense qu'elle rend l'alimentation impossible. Nous avons alors recours à *l'alcoolisation du nerf laryngé supérieur*, du côté où la dysphagie est le plus marquée ; si c'est nécessaire, huit jours après, nous alcoolisons le nerf opposé. Nous employons toujours le procédé classique de Frey : le malade étant couché la tête en extension, nous repérons l'angle postéro-supérieur du cartilage thyroïde et la grande corne de l'os hyoïde ;

nous réunissons mentalement ces deux points par une ligne droite; puis, tandis que nous immobilisons le larynx entre le pouce et l'index gauche, nous faisons pénétrer notre aiguille à 5 mm. au-dessous du milieu de cette ligne. Après avoir enfoncé l'aiguille perpendiculairement de quelques millimètres jusqu'au plan résistant constitué par la membrane thyro-hyoïdienne, nous la dirigeons obliquement en arrière et légèrement en haut, à la rencontre du nerf; quand le malade, à qui nous avons au préalable bien expliqué la manœuvre, accuse, en levant la main, une vive douleur dans l'oreille, notre but est atteint; c'est alors seulement que nous injectons lentement 2 cc. du mélange d'alcool à 90° et de novocaïne à 1 p. 200 à parties égales. La disparition de la dysphagie s'ensuit toujours, si l'injection a été correctement faite, et le malade peut se réalimenter.

L'anesthésie du nerf est parfois définitive; d'autres fois, la dysphagie reparaissant au bout de quelques semaines, nous refaisons autant d'alcoolisations qu'il est nécessaire.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

A. — Malades dont l'état pulmonaire est mauvais.

N° 1. — M. Ba..., 42 ans. Hospitalisé.

Tuberculose pulmonaire en évolution. B. K. ++.
Température : 39°.

Malade très fatigué.

Aphonie et dysphagie intense depuis plusieurs semaines.

15 novembre 1933 : Enorme œdème de l'aryténoïde gauche masquant les cordes infiltrées et ulcérées. Alcoolisation du laryngé supérieur gauche.

22 novembre 1933 : Même aspect du larynx. L'aphonie persiste. Disparition de la dysphagie.

Malade non revu.

N° 2. — M. Bi..., 37 ans. Hospitalisé.

Tuberculose pulmonaire bilatérale en évolution.
B. K. ++. Température : 38°5.

Souffre un peu de la gorge depuis un an. Aphonie
et grosse dysphagie depuis un mois.

27 septembre 1933 : Grosse infiltration des corde et
bande gauches. Ulcération des 2 cordes.

Traitement : aspirations de scuroforme. Alcoolisa-
tion du laryngé supérieur gauche.

4 octobre 1933 : Amélioration de la dysphagie. Al-
coolisation du laryngé supérieur droit.

11 octobre 1933 : Disparition complète de la dys-
phagie. L'aphonie subsiste. Même aspect des lésions
laryngées.

Malade non revu.

N° 3. — M. Bo..., 54 ans. Hospitalisé.

Tuberculose pulmonaire très avancée. B. K. ++.
Température : 38°5.

Dysphagie intense et douleurs spontanées. Enroue-
ment.

17 janvier 1934 : Enorme infiltration de l'épiglotte,
des bandes et des aryténoïdes, masquant les cordes.

On prescrit une série d'injections de Cobratoxine.

31 janvier 1934 : Même aspect du larynx.

La douleur et la dysphagie ont presque disparu.
L'enrouement persiste.

Malade non revu.

N° 4. — M. Ch..., 44 ans. Hospitalisé.

Début par congestion pulmonaire en janvier 1933. Lésions évolutives bilatérales. B. K. ++. Température : 38°5.

Enrouement depuis le 20 janvier. Dysphagie depuis février.

19 avril 1933 : Cordite bilatérale avec ulcérations. Grosses aryténoïdes infiltrées. Larynx sale.

Traitement : inhalations au Baume du Pérou. Injection d'huile goménolée.

26 avril 1933 : Même état. Injection d'huile.

17 mai 1933 : La dysphagie a augmenté, surtout prononcée à gauche. Alcoolisation du laryngé supérieur gauche.

24 mai 1933 : Diminution de la dysphagie. Même aspect laryngé. Injection d'huile.

31 mai 1933 : Même aspect laryngé. La dysphagie est redevenue intense depuis 2 jours. L'enrouement persiste. Injection d'huile. Alcoolisation du laryngé supérieur gauche.

Malade non revu.

N° 5. — M. De..., 28 ans. Hospitalisé.

Début en 1924 par bacilliose pulmonaire. Pneumothorax gauche.

Enrouement intermittent depuis 4 ans.

Depuis mai 1933, aphonie complète et légère dysphagie pour les liquides.

Actuellement B. K. ++. Température : 38°5.

Lésions évolutives des deux sommets.

25 octobre 1934 : Larynx très sale, infiltré. Lésions ulcéro-végétantes des cordes.

Traitement : inhalations au Baume du Pérou. Badigeonnage au Bleu de Méthylène.

8 novembre 1933 : Larynx plus propre. La dysphagie a diminué. L'enrouement persiste. Badigeonnage au Bleu.

15 novembre 1933 : Larynx propre, mais toujours infiltré. Badigeonnage au Bleu.

Malade non revu.

N° 6. — M. La..., 32 ans. Hospitalisé.

Début en février 1933 par fatigue et toux ; enrouement depuis mars.

Actuellement : tuberculose cavitaire des deux sommets. B. K. ++. Température : 39°.

Aphonie et légère dysphagie.

25 septembre 1933 : Ulcérations des cordes et végétations de l'espace inter-aryténoïdien.

4 séances de rayons U.-V. jusqu'au 16 octobre 1933 sans amélioration ni aggravation.

Du 25 octobre 1933 au 29 novembre 1933, badigeonnages au Bleu une fois par semaine : amélioration marquée de la dysphagie. Même aspect du larynx.

Revu le 3 janvier 1934 : Malgré un pneumothorax depuis le 8 décembre, le malade semble fatigué et se plaint d'une forte recrudescence de sa dysphagie. Même aspect du larynx.

Traitement : alcoolisation du nerf laryngé supérieur gauche.

10 janvier 1934 : Amélioration notable de la douleur à gauche. L'aphonie persiste. Alcoolisation du laryngé supérieur droit.

Malade non revu.

N° 7. — M. La., 32 ans. Hospitalisé.

Début pulmonaire il y a 3 ans. Tuberculose évolutive bilatérale avec caverne du sommet droit. B. K. ++. Température : 38°5.

Traitement général : injections de Gluconyl.

Enrouement et dysphagie depuis 6 mois.

22 février 1923 : Enorme infiltration des aryténoïdes masquant la plus grande partie du larynx. Vers la commissure antérieure, on voit les bandes elles-mêmes très infiltrées cachant les cordes. Larynx très sale.

Traitement : inhalations, injection d'huile.

1^{er} mars 1933 : L'œdème a diminué. On voit les cordes. Cordite droite. Injection d'huile.

8 mars 1933 : L'amélioration s'accentue. L'œdème de l'aryténoïde droite et des bandes a presque disparu. Grosse diminution de la dysphagie. L'enrouement persiste. Injection d'huile.

On continue les injections d'huile hebdomadaires jusqu'au 29 mars 1933 : Etat stationnaire.

Malade non revu.

N° 8. — M. Li., 46 ans. Centre de Triage.

Tuberculose pulmonaire bilatérale évolutive. B. K. ++. Température : 38°5.

Enrouement et dysphagie.

27 septembre 1933 : Infiltration et ulcération de la corde gauche. Légère infiltration des aryténoïdes.

A eu 5 séances hebdomadaires de rayons U.-V. jusqu'au 30 octobre 1933. A ce moment, on constate : même aspect du larynx, mais grosse diminution de la dysphagie. L'enrouement persiste.

Malade non revu. Parti pour le sanatorium.

N° 9. — M. Mo..., 55 ans. Hospitalisé.

Forme unilatérale gauche semblant avoir débuté il y a un mois. Evolution rapide. B. K. ++. Température : 38°.

Gros amaigrissement. Dysphagie marquée. Enrouement.

16 octobre 1933 : Larynx très sale. Forme tumorale, avec tumeur ulcéro-végétante masquant toute la partie postérieure des cordes. Dans leur tiers antérieur, les cordes et les bandes apparaissent très infiltrées.

Jusqu'au 22 novembre 1933 : Badigeonnage hebdomadaire au Bleu et inhalations au B. du Pérou dans le service : larynx plus propre et très légère diminution de la dysphagie.

En décembre 1933 : 3 séances de rayons U.-V. : même état.

Le 27 décembre 1933 : Alcoolisation du laryngé supérieur gauche n'amène pas d'amélioration de la dysphagie. Nous prescrivons une série de cobra-toxine.

17 janvier 1934 : Après dix injections de cobra-

toxine, la dysphagie a considérablement diminué, le larynx est presque propre, l'œdème a disparu, les lésions semblent stabilisées.

Le malade est suivi en février et mars, reçoit toutes les semaines un badigeonnage au Bleu. Les lésions laryngées sont toujours stationnaires, la dysphagie modérée. L'enrouement persiste. Mais l'état pulmonaire est mauvais, le malade est très gêné pour respirer, sans que cette dyspnée soit imputable à son larynx dont la glotte est très suffisamment perméable. Etat général très atteint.

N° 10. — M. Re..., 25 ans. Centre de Triage, puis hospitalisé.

Forme bilatérale évolutive. B. K. +. Température : 38°.

Enrouement et dysphagie prédominant à gauche.

6 novembre 1933 : Infiltration de la corde gauche. Végétations de l'espace inter-aryténoïdien.

Traitement : rayons U.-V.

13 novembre 1933 : La dysphagie a augmenté. Grosse infiltration de l'aryténoïde gauche.

On suspend les rayons U.-V. Badigeonnage au Bleu.

20 novembre 1933 : Etat stationnaire. Galvano-cautérisation de l'aryténoïde gauche.

27 novembre 1933 : L'infiltration aryténoïdienne a beaucoup diminué. Amélioration de la dysphagie. Nouvelle galvano-cautérisation de l'aryténoïde gauche.

4 décembre 1933 : Amélioration considérable. Plus de dysphagie.

Le malade n'est revu qu'en février 1934, en très mauvais état général et pulmonaire. Température : 39°. Dysphagie très marquée à droite.

A l'examen local : larynx sale, épiglotte très infiltrée. Les bandes œdématisées recouvrent des cordes ulcérées surtout à droite. On fait une injection d'huile et une alcoolisation du laryngé supérieur droit.

8 jours après, plus de dysphagie à droite, mais persistance d'une douleur à gauche. L'enrouement n'a pas diminué. Alcoolisation du laryngé supérieur gauche.

Malade non revu.

N° 11. — M. Ta..., 39 ans. Hospitalisé.

Tuberculose pulmonaire au début. B. K. +. Température : 38°.

Légère dysphagie et enrouement.

Examen local : rougeur des cordes ; légère infiltration des aryténoïdes.

Du 11 décembre 1933 au 22 janvier 1934, nous faisons 5 séances de rayons U.-V., suivies de la disparition de l'infiltration aryténoïdienne, de l'amélioration marquée de la dysphagie et de l'enrouement.

Le malade est revu le 28 février 1934. Très bien pendant un mois ; depuis 8 jours, après refroidissement (?), présente une température élevée, avec aggravation de l'état pulmonaire, et se plaint d'une dysphagie intense.

A l'examen : angine rouge. Larynx sale, épiglotte infiltrée. Injection d'huile.

7 mars 1934 : Légère diminution de la dysphagie. Epiglotte moins infiltrée.

Injection d'huile. Alcoolisation du laryngé supérieur gauche.

14 mars 1934 : Même aspect du larynx. Amélioration très marquée de la dysphagie.

Injection d'huile. Alcoolisation du laryngé supérieur droit.

B. — Malades dont l'état pulmonaire évolue favorablement.

N° 12. — M. Be..., 47 ans. Centre de Triage.

Début il y a 25 ans par pleurésie. B. K. +. Pas de fièvre.

Toux fréquente. Depuis 6 mois, enrrouement et dysphagie.

A noter que M. Be... est voyageur de commerce et que de ce fait il mène une vie fatigante et parle beaucoup.

Examen du 24 mai 1933 : Cordite bilatérale légère.

Revu le 5 juillet 1933 : Après qu'il eut reçu 10 gr. de crysalbine, infiltration très marquée des cordes et des bandes surtout à droite. Augmentation de l'enrouement et de la dysphagie.

On fait quelques injections d'huile en juillet et août.

Revu le 25 septembre 1933 dans le même état.

Jusqu'au 30 octobre 1933, nous faisons 5 séances de

rayons U.-V., avec pour résultat une légère diminution de l'infiltration et une amélioration marquée de la toux et de la dysphagie. L'enrouement persiste.

Malade non revu.

N° 13. — Mlle B..., 18 ans. Hospitalisée.

Début par enrouement il y a 3 mois. Depuis 15 jours, dysphagie.

Après examen du larynx, la malade est envoyée au Centre de Triage où on découvre : lésions pulmonaires à gauche et B. K. +.

31 mai 1933 : Cordite bilatérale. Infiltration des bandes et des aryténoïdes. Larynx sale.

Inhalations. Injection d'huile.

Revue le 8 novembre 1933, après qu'elle a reçu 10 gr. de Crysalbine. Grosse amélioration. Disparition de l'aphonie et de la dysphagie. Il ne reste qu'une légère rougeur des 2 cordes ; plus aucune infiltration.

N° 14. — Mme Ca..., 49 ans. Hospitalisée.

Lésions pulmonaires bilatérales discrètes. B. K. +. Pas de fièvre. Bon état général.

Après une série de Crysalbine mal supportée, aphonie complète, dysphagie et sensation de brûlure.

2 octobre 1933 : Rougeur et infiltration des corde et bande droites. Petites végétations de l'espace interaryténoïdien.

Jusqu'au 27 novembre 1933 : 7 séances de rayons U.-V. Dès la première séance, la dysphonie et la dysphagie ont été très améliorées. A la fin du traitement,

l'infiltration a disparu et les végétations inter-aryténoïdiennes ont beaucoup diminué. Plus aucun enrrouement, plus de douleur à la déglutition.

N° 15. — Mme Co..., 41 ans. Centre de Triage.

Pneumothorax gauche. Bon état général. Pas de fièvre.

Depuis un mois enrrouement et dysphagie marquée pour les liquides.

8 novembre 1933 : Légère infiltration de la bande droite. Inhalations B. du Pérou.

13 novembre 1933 : Même état. Galvano-cautérisation de la bande droite.

20 novembre 1933 : Diminution notable de la bande. Enrouement et dysphagie ont disparu.

N° 16. — M. De..., 35 ans. Hospitalisé.

Lésions évolutives des 2 poumons découvertes en 1931. B. K. +. Température à 38°. Etat général passable.

Enrouement depuis décembre 1932, a beaucoup augmenté depuis 2 mois. Pas de dysphagie.

12 juillet 1933 : Corde et bande gauches très infiltrées. Corde droite rouge.

Traitement : inhalations B. du Pérou. Attouchements à l'acide lactique une fois par semaine jusqu'au 2 août 1933 : Même aspect du larynx, persistance de l'enrouement.

Revu le 29 novembre 1933 après phrénicectomie. Même état.

En décembre 1933, nous faisons 4 séances de rayons U.-V., après lesquelles nous constatons une amélioration nette des lésions laryngées et une diminution de l'enrouement.

Malade non revu, parti pour le sanatorium.

N° 17. — M. Dub..., 51 ans. Hospitalisé.

Lésions pulmonaires bilatérales. Début par hémoptysie il y a 3 ans. Etat général passable. Température : 37°5. Dysphagie.

15 février 1933 : Grosse infiltration de l'épiglotte, surtout dans sa moitié gauche, avec ulcération superficielle. Rougeur des cordes.

Traitement : inhalations, Crysalbine.

1^{er} mars 1933 : Diminution marquée de l'infiltration.

15 mars 1933 : Il persiste une légère infiltration de l'épiglotte. La surface de l'ulcération a diminué. La dysphagie a presque disparu.

Malade non revu.

N° 18. — M. Dur..., 23 ans. Centre de Triage.

Depuis 2 ans, tuberculose pulmonaire bilatérale avec B. K. +. Pas de fièvre. Etat général passable.

Enrouement depuis 3 semaines.

29 novembre 1933 : Infiltration des cordes et aryténoïdes. Végétations de l'espace interaryténoïdien.

Traitement : inhalations B. du Pérou.

Du 11 décembre 1933 au 5 février 1934, nous faisons 8 séances de rayons U.-V., avec pour résultat : disparition de l'infiltration, persistance de quelques

végétations inter-aryténoïdiennes. Guérison complète de l'enrouement.

Malade non revu. Parti pour la campagne.

N° 19. — M. Fi..., 34 ans. Centre de Triage.

Début par enrouement et dysphagie il y a 2 mois. Un examen pulmonaire révèle des lésions discrètes du sommet droit. B. K. +. Pas de fièvre.

On commence une série de Crysalbine qu'on arrête à 4 gr. 10 parce que le malade présente de la stomatite et une aggravation de la dysphagie.

19 juillet 1933 : Grosse infiltration des aryténoïdes surtout marquée à droite. Cordes rouges.

Traitement : inhalations B. du Pérou. Injection d'huile.

26 juillet 1933 : Galvano-cautérisation de l'aryténoïde droite.

2 août 1933 : Grande amélioration de la dysphagie. Injection d'huile.

9 août 1933 : Diminution marquée des aryténoïdes. La dysphagie a presque disparu. L'enrouement persiste.

Malade non revu. Parti pour la campagne.

N° 20. — Mme Hu..., 36 ans. Consultation externe.

Début par douleurs intermittentes à la toux et à la déglutition, localisées du côté droit. Pleurésie il y a 7 ans. Lésions très discrètes du sommet droit. B. K. +. Pas de fièvre. Lésions non évolutives de radiodermite au niveau de la face antérieure du cou après radio-

thérapie pour goître il y a 9 ans. Bon état général. Enrouement marqué.

24 mai 1933 : Légère infiltration de la bande droite, avec ulcération à sa partie postérieure. Larynx mobile. Inhalations B. du Pérou.

5 juillet 1933 : Etat stationnaire. Attouchement à l'acide lactique.

26 juillet 1933 : Légère amélioration. Attouchement à l'acide lactique.

27 septembre 1933 : Même état. Acide lactique.

2 octobre 1933 : Extension notable de l'ulcération et augmentation de la dysphagie. Attouchement au Bleu de Méthylène.

16 octobre 1933 : Diminution nette de l'ulcération et amélioration marquée de la dysphagie et de l'enrouement.

Jusqu'au 13 décembre 1933, nous continuons les attouchements hebdomadaires au Bleu. A ce moment, l'ulcération est cicatrisée ; un peu d'infiltration subsiste. Au point de vue fonctionnel : la dysphagie a disparu, mais la voix est encore légèrement voilée.

18 décembre 1933 : Rayons U.-V.

27 décembre 1933 : Grosse irritation de tout l'hémilarynx droit qui est peu mobile et légère reprise de la dysphagie avec aphonie prononcée. Nous cessons les rayons U.-V. et faisons un attouchement au Bleu.

22 janvier 1934 : Légère amélioration. Traitement : étincelle froide.

29 janvier 1934 : L'amélioration s'accroît. On constate objectivement une diminution de l'infiltra-

tion et fonctionnellement une amélioration de la dysphagie et de l'enrouement.

Etincelle froide.

Malade non revue, partie pour la campagne.

N° 21. — Mme Ja..., 24 ans. Hospitalisée.

Début pulmonaire il y a 2 ans 1/2. Double pneumothorax. B. K. +. Pas de fièvre. Bon état général. Enrouement prononcé depuis 2 ans.

10 janvier 1934 : Légère rougeur des cordes. Infiltration marquée de la région inter-aryténoïdienne.

Le 17 janvier 1934 et le 24 janvier 1934, nous faisons 3 ignipunctures profondes en pleine infiltration.

La malade est revue en mars : très bon état général. B. K. 0.

Le larynx serait normal sans une légère saillie de l'espace interaryténoïdien ; l'enrouement a presque disparu.

N° 22. — M. Lec..., 35 ans. Hospitalisé.

Tuberculose pulmonaire bilatérale depuis 1 an. B. K. +. Bon état général. Pas de fièvre.

Fort enrouement apparu le 19 janvier, coïncidant avec le début d'une série d'injections de Crysalbine.

31 janvier 1934 : Cordes infiltrées, très rouges. Végétations interaryténoïdiennes.

Nous faisons arrêter la Crysalbine. Injection d'huile.

5 février 1934 : Le larynx est moins rouge. L'enrouement a diminué. Nous faisons jusqu'au 9 avril

1934 cinq séances de rayons U.-V. et constatons à ce moment que l'infiltration a disparu, mais qu'il reste une légère rougeur des cordes et des végétations interaryténoïdiennes et que l'enrouement s'est considérablement amélioré.

N° 23. — M. Lem..., 31 ans. Centre de Triage.

Début en octobre 1933 par épидидymite tuberculeuse. Infiltration des 2 champs pulmonaires. B. K. 0. Pas de fièvre. Bon état général.

Depuis un mois, enrouement et dysphagie.

2 décembre 1933 : Infiltration et ulcération des cordes.

Jusqu'au 5 février 1934, nous faisons 8 séances de rayons U.-V. A ce moment nous constatons que les ulcérations des deux cordes sont cicatrisées, mais que l'infiltration persiste ; l'enrouement est amélioré et la dysphagie a complètement disparu.

Malade non revu, parti pour la campagne.

N° 24. — M. Lo..., 27 ans. Centre de Triage.

Tuberculose pulmonaire bilatérale. B. K. +. Pas de fièvre. Bon état général.

Enrouement et dysphagie depuis un mois.

Examen : cordes rouges, végétations de l'espace interaryténoïdien.

Après 2 séances d'ignipunctures profondes, espacées de 15 jours, l'espace interaryténoïdien reste un peu saillant, mais sans traces de végétations. La dysphagie a disparu et l'enrouement a beaucoup diminué.

N° 25. — M. Ma..., 39 ans. Hospitalisé.

Début par hémoptysie en janvier 1932. Lésions pulmonaires bilatérales, plus marquées à droite. B. K. +. Assez bon état général.

A eu 2 séries de Crysalbine en 1932. Se plaint d'enrouement et de « picotement au larynx » depuis quelques semaines.

Examen du 24 mai 1933 : Légère infiltration des bandes et des aryténoïdes. Injection d'huile.

Le 31 mai 1933 : Amélioration. Injection d'huile.

7 juin 1933 : Larynx presque normal. L'enrouement a disparu.

Le malade n'est pas revu jusqu'au 22 novembre 1933 : L'enrouement et les « picotements » ont repris depuis 8 jours.

A l'examen : rougeur de tout le larynx avec petite ulcération de la corde gauche.

Après quelques attouchements au bleu de méthylène, nous constatons, fin décembre, que l'ulcération est cicatrisée et que l'enrouement a disparu.

Nous revoyons le malade en mars 1934 : l'enrouement et les « picotements » ont reparu depuis 15 jours, coïncidant avec des hémoptysies multiples et une légère altération de l'état général. Température à 38°.

A l'examen : congestion de toute la muqueuse laryngée, avec infiltration légère des bandes et des cordes.

Nous commençons une série d'injections d'huile

qui, dès les premières, amènent une légère amélioration.

N° 26. — M. Mi., 39 ans. Centre de triage.

Enrouement depuis mai 1932, avec aspect suspect (?) de la corde droite. La Consultation d'O.-R.-L. l'envoie au Centre de Triage où on constate : infiltration pulmonaire bilatérale à tendance fibreuse. B. K. 0. Bon état général.

De juin à octobre 1932, le malade reçoit 5 gr. de Crysalbine. Mais l'enrouement augmente et s'accompagne d'une dysphagie prononcée, avec otalgie droite.

En janvier 1933, on constate de la cordite bilatérale, avec infiltration et ulcération de la bande gauche et végétations interaryténoïdiennes.

L'état du larynx ayant tendance à l'amélioration, on refait de la Crysalbine à partir du 4 février 1933.

Nous voyons le malade pour la première fois le 1^{er} mars 1933 : A l'examen : cordite gauche ; légère infiltration de l'aryténoïde gauche. La corde droite est presque normale. L'enrouement et la dysphagie persistent.

15 mars 1933 : Toute la muqueuse laryngée est très rouge. De plus, il y a de la stomatite et de l'érythème vélo-pharyngé. Nous faisons cesser la Crysalbine.

Jusqu'au 31 mai 1933, nous faisons des injections hebdomadaires d'huile goménolée avec comme résultat : diminution de la rougeur et de l'infiltration.

Persistance de l'enrouement, amélioration de la dysphagie.

Le malade est suivi de loin en loin et reçoit quelques injections d'huile ; état stationnaire.

Revu en septembre 1933 : Le malade se plaint de quintes de toux fréquentes avec sensation d'irritation laryngée intense.

A l'examen : rougeur et aspect végétant de tout l'hémilarynx gauche.

Du 25 septembre 1933 au 16 octobre 1933, nous faisons 4 séances de rayons U.-V. sans résultat.

Depuis le 23 octobre 1933, nous faisons des attouchements hebdomadaires au Bleu de Méthylène pendant 2 mois : le larynx est moins rouge et moins végétant ; la toux et l'irritation ont diminué.

Le 17 janvier 1934, nous revoyons le malade qui, sans cause apparente, sans modifications de l'état pulmonaire et de l'état général qui restent satisfaisants, se plaint de nouveau de toux et d'irritation.

A l'examen : rougeur marquée et aspect végétant de toute la muqueuse laryngée; pas d'ulcérations.

Depuis 3 mois nous alternons les attouchements au Bleu, les injections d'huile et les galvano-cautérisations sans résultats appréciables.

N° 27. — M. Sa., 42 ans. Centre de Triage.

Tuberculose pulmonaire bilatérale depuis 5 ans.

B. K. +. Température à 38°.

Enrouement très marqué ; légère dysphagie.

Examen du 8 novembre 1933 : Légère infiltration

des cordes avec ulcération du bord libre, des deux côtés.

Après 3 attouchements au Bleu, nous constatons, le 29 novembre 1933: Cicatrisation des ulcérations; persistance d'un peu d'infiltration. Diminution de l'enrouement et disparition de la dysphagie.

Malade parti en sanatorium.

N° 28. — M. Ro..., 44 ans. Hospitalisé.

Début en 1931 par une période d'aphonie intermittente ; a fait à ce moment une hémoptysie. B. K. +.

Actuellement : B. K. 0. Pas de fièvre. Bon état général.

Enrouement et légère dysphagie à droite.

Examen du 23 octobre 1933 : Larynx propre et mobile. Infiltration de la corde, de la bande et de l'aryténoïde à droite.

Traitement : ignipuncture de l'aryténoïde droite.

Le 30 octobre 1933 : L'aryténoïde est presque normal. Disparition de la dysphagie.

Après une série de 5 séances d'ignipunctures de la bande droite, nous sommes arrivé actuellement au résultat suivant : l'infiltration de la bande droite a diminué ; il subsiste un peu d'enrouement.

N° 29. — M. Su..., 39 ans. Centre de Triage.

Tuberculose pulmonaire bilatérale. B. K. +. Pas de fièvre.

Enrouement depuis un mois.

Examen du 26 juillet 1933 : Larynx très sale, obstrué par d'abondantes mucosités.

Traitement : inhalations.

2 août 1933 : Larynx plus propre. Les cordes sont infiltrées, la région interaryténoïdienne est végétante.

Injection d'huile.

Revu le 27 décembre 1933 : Larynx propre. La corde et la bande droite sont légèrement infiltrées. Végétations interaryténoïdiennes.

Nous faisons jusqu'en mars 1934 six séances de rayons U.-V. avec, comme résultat : diminution de l'infiltration, légère amélioration de l'enrouement.

N° 30. — Mme Va..., 27 ans. Hospitalisée.

Début en mai 1933 par enrouement, toux, amaigrissement. Lésions pulmonaires bilatérales discrètes. Pas de fièvre. B. K. +. Dysphagie légère.

15 novembre 1933 : Rougeur localisée à la commissure postérieure, avec petite ulcération des 2 cordes. Attouchement au Bleu.

22 novembre 1933 : Disparition de la dysphagie. Bleu.

6 décembre 1933 : La rougeur a diminué, les 2 petites ulcérations sont cicatrisées. La dysphagie a disparu ; il reste un peu d'enrouement.

CHAPITRE III

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Pour qu'il soit plus facile de tirer quelques conclusions d'ordre pratique des 30 observations que nous venons de reproduire, nous allons essayer de les résumer dans le tableau ci-dessous.

Pour exprimer les résultats obtenus au double point de vue des symptômes objectifs (état du larynx) et fonctionnels (dysphonie et dysphagie), nous avons employé la notation suivante :

0 = résultats nuls ;

+ = légère amélioration ;

++ = grosse amélioration ;

+++ = disparition complète du symptôme.

Enfin, dans la dernière colonne du tableau, nous avons rappelé les divers traitements appliqués dans chaque cas et nous les avons fait suivre des signes +, 0 ou — suivant qu'ils nous ont semblé efficaces, sans action, ou nuisibles.

OBSERVATIONS	ÉTAT DU LARYNX	DYSPHONIE	DYSPHAGIE	TRAITEMENTS
<i>Catégorie A</i>				
N° 1	0	0	+++	Alcoolisation du N. lar. sur. +.
N° 2	0	0	+++	Alcoolisation +.
N° 3	0	0	++	Cobrattoxine +.
N° 4	0	0	+ (passag ^{re})	Alcoolisation +.
N° 5	+	0	+	Bleu de méthylène +.
N° 6	0	0	++	Rayons U.V. = 0, Bleu +, Alcoolisation +.
N° 7	++	0	++	Injections d'huile goménolée.
N° 8	0	0	+	Rayons U. V. +.
N° 9	+	0	+	Ray. U. V. = 0, Alcoolisation = 0, Cobrattoxine +, Bleu +.
N° 10	+ (passag ^r)	0	+	Ray. U. V. —, Bleu = 0, Galvano-caut. +.
N° 11	++ recte +	++ recte +	++ rec. + +	Ray. U. V. +, Inj. d'H. G. +, Alcoolisation +.

Catégorie B

N° 12	+	0	++	Crysalbine —, Inj. d'H. G. +, Ray. U. V. +.
N° 13	+++	+++	+++	Crysalbine +.
N° 14	++	+++	+++	Crysalbine —, Ray. U. V. +.
N° 15	+	+++	+++	Galvano-caut. +.
N° 16	+	+		Acide lactique = 0, Ray. U. V. +.
N° 17	+		++	Crysalbine +.
N° 18	++	+++		Ray. U. V. +.
N° 19	++	0	++	Inj. d'H. G. +, Galvano-caut. +.
N° 20	+	+	+	Acide lactique = 0, Bleu +, Ray. U. V. —, Etinc. fr. +.
N° 21	++	++		Galvano-caut. +.
N° 22	++	++		Crysalbine —, Inj. d'H. G. +, Ray. U. V. +.
N° 23	+	+	+++	Ray. U. V. +.
N° 24	++	++	+++	Galvano-caut. +.
N° 25	++ recte +	+++ rec. +		Bleu +, Inj. d'H. G. +.
N° 26	0	0	0	Crysalbine —, U. V. = 0, Bleu = 0, Inj. d'H. G. = 0, Galvano = 0.
N° 27	++	+	+++	Bleu +.
N° 28	+	+	+++	Galvano-caut. +.
N° 29	+	+		Inj d'H. G. +, Ray. U. V. +.
N° 30	++	+	+++	Bleu +.

En étudiant ce tableau, nous voyons que :

1° Les *lésions laryngées*, chez les malades dont l'état pulmonaire était mauvais (catégorie A), sont restées :

Stationnaires dans 6 cas sur 11 (54 %) ;

Ont été améliorées légèrement dans 4 cas (36 %) ;

Et nettement dans un seul cas (9 %).

Chez les malades dont les lésions pulmonaires étaient discrètes ou évoluaient favorablement (catégorie B), l'état du larynx n'est resté :

Stationnaire que dans un seul cas sur 19 (5 %) ;

Il a été amélioré légèrement dans 9 cas (47 %) ;

Nettement dans 8 cas (42 %) ;

Enfin il y a eu « *restitutio ad integrum* » dans un cas (5 %).

2° La *dysphonie*, dans la catégorie A, est restée :

Stationnaire dans 10 cas sur 11 (91 %) ;

A été légèrement améliorée dans un seul cas (9 %).

Dans la catégorie B, elle est restée :

Stationnaire dans 3 cas sur 18 (16 %) !

A été améliorée légèrement dans 8 cas (44 %) ;

Nettement dans 3 cas (16 %) ;

Enfin l'enrouement a complètement disparu dans 4 cas (22 %).

3° La *dysphagie*, dans la catégorie A, a été :

Améliorée légèrement dans 5 cas sur 11 (45 %) ;

Nettement dans 4 cas (36 %) ;

Elle a disparu dans 2 cas (18 %).

Dans la catégorie B, elle est restée :
Stationnaire dans 1 cas sur 13 (7 %) ;
A été améliorée légèrement dans 1 cas (7 %) ;
Nettement dans 3 cas (23 %) ;
A complètement disparu dans 8 cas (61 %).

Au sujet des traitements divers que nous avons appliqués, nous pouvons faire les constatations suivantes :

Pour améliorer la dysphagie des tuberculoses laryngées avancées, nous avons presque toujours employé avec succès l'alcoolisation du nerf laryngé supérieur. Dans les rares cas où nous n'avons pas obtenu de résultats par cette méthode, nous avons eu recours aux injections de cobra toxine qui ont été efficaces et n'ont provoqué aucun accident.

Pour la cicatrisation des ulcérations, les attouchements au Bleu de Méthylène nous ont toujours donné de bons résultats.

Les injections laryngo-trachéales d'huile goménolée, toujours bien supportées, nous ont paru le plus souvent agir favorablement sur l'élément congestif et sur l'abondance des sécrétions muco-purulentes.

Les galvano-cautérisations, dans les cas d'infiltration ou de lésions végétantes, ont été très efficaces chez tous nos malades, sauf chez le n° 26, où elles n'ont rien donné ; mais les lésions végétantes que présente ce malade sont depuis des mois le siège d'une irritation telle qu'elles semblent au-dessus de toute thérapeutique. En tous cas, chez aucun de nos ma-

lades, les galvano-cautérisations n'ont été suivies de réactions locales sérieuses.

Les rayons U.-V., que nous avons employés dans des cas divers, infiltration diffuse, ulcérations, lésions discrètes du début, nous ont souvent donné de bons résultats, améliorant presque toujours la dysphagie et dans certains cas (n° 14, 18, 22) modifiant considérablement les lésions ; simplement inefficaces dans deux cas (n° 6 et 9), ils nous ont semblé, chez les malades n° 10 et 20, amener une recrudescence de la dysphagie et un peu de congestion locale persistante.

Quant à la Crysalbine, si nous enregistrons deux succès très nets à son actif, chez les n° 13 et 17, nous constatons que, chez les n° 12, 14, 22 et 26, elle a semblé avoir une action défavorable. En effet, c'est après une série d'injections de Crysalbine que, chez les n° 14 et 22, qui n'avaient présenté jusqu'alors aucun signe de laryngite, on a vu apparaître de l'enrouement, de la dysphagie et des lésions d'infiltration. Chez le n° 12, déjà porteur d'une cordite bilatérale légère avec enrouement et douleur à la déglutition, une série de 10 gr. de Crysalbine a été suivie d'une infiltration marquée des cordes et des bandes ventriculaires et d'une augmentation de l'enrouement et de la dysphagie. Chez le n° 26, qui présentait depuis six mois une infiltration de la corde droite avec dysphonie, l'administration de 5 gr. de Crysalbine fut suivie d'augmentation de l'enrouement et d'apparition de dysphagie. Trois mois après, les symptômes s'étant amendés, on recommence une série de Crysal-

bine ; aussitôt le malade, qui par ailleurs a un bon état général et pulmonaire, présente de la stomatite et une irritation intense de toute la muqueuse laryngo-trachéale. Cette irritation, malgré tous les traitements et même à certaines périodes en l'absence de tout traitement, persiste encore au bout d'un an, avec tendance végétante de tout le larynx, aphonie, toux et sensation permanente de brûlure.

CONCLUSIONS

A. — Cliniques.

I. — On agit beaucoup plus efficacement sur les laryngites tuberculeuses qui s'accompagnent de lésions pulmonaires bénignes que sur celles qui s'accompagnent de lésions pulmonaires graves.

II. — On n'obtient qu'exceptionnellement la disparition complète des lésions laryngées avec « *restitutio ad integrum* ».

III. — Dans les tuberculoses laryngées avec bon état pulmonaire, le traitement améliore les lésions locales dans la grande majorité des cas.

IV. — Dans les tuberculoses laryngées avec état pulmonaire grave, le traitement améliore rarement les lésions locales.

V. — Même dans des cas favorables, on n'obtient qu'assez rarement la disparition complète de la dysphonie.

VI. — Le traitement améliore presque toujours la dysphonie chez les malades dont l'état pulmonaire est satisfaisant, presque jamais chez ceux dont l'état pulmonaire est mauvais.

VII. — Dans presque tous les cas, même les moins favorables, on peut améliorer la dysphagie et souvent la supprimer.

B. — Thérapeutiques.

I. — La Cobratoxine constitue une nouvelle thérapeutique efficace de la dysphagie des formes avancées, à employer en cas d'échec de l'alcoolisation du nerf laryngé supérieur.

II. — Les attouchements au Bleu de Méthylène contribuent efficacement à la cicatrisation des ulcérations et à l'amélioration de la dysphagie dont elles sont la cause.

III. — La galvano-cautérisation profonde reste le traitement de choix des lésions végétantes et de l'infiltration localisée.

IV. — L'Actinothérapie locale est souvent efficace dans les ulcérations et les lésions d'infiltration diffuse ; elle est généralement bien supportée même par des sujets fatigués.

V. — La laryngite tuberculeuse n'est pas une contre-indication à l'aurothérapie, puisque celle-ci peut dans certains cas amener la guérison des lésions laryngées ; mais le larynx d'un malade traité par la Crysalbine doit être surveillé de très près même s'il n'est le siège d'aucune lésion, et le traitement doit être suspendu à la moindre réaction d'inflammation locale, car il faut savoir que la Crysalbine peut amener des lésions laryngées persistantes, parfois rebelles à toute thérapeutique.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT,
LEMAITRE.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

(Classée chronologiquement depuis 1926)

A. — Traitement en général

- LEROUX-ROBERT. — Traitement de la tuberculose (*La Consultation*, sept. 1926).
- HAUSSON. — Traitement de la tuberculose du larynx avec l'eau du Malmström (*Hygiea*, Stockholm, vol. LXXXIX, 1927).
- CABOCHE. — Indications thérapeutiques dans la tuberculose laryngée (*Soc. Franç. O.-R.-L.*, Congrès 1927).
- FREY. — Notes sur la tuberculose laryngée, résultats éloignés du traitement actif (*Ann. mal. Oreille*, t. XLVII, 1928).
- SCHRÖDER. — Sur le traitement de la tuberculose laryngée (*Fortschr. der Therapie*, 1928, p. 346).
- BLOCH. — Contribution à la lutte contre la tuberculose du larynx (*Russkaïa Otol.*, vol. XXI, 1928).
- ORLANDINI. — Nouvelle contribution au traitement de la tuberculose laryngée par voie endotrachéale (24^e Congrès Soc. Itl. O.-R.-L., 1928).
- VIÉLA. — Traitement de la tuberculose chronique du larynx chez l'adulte (*Prat. Méd. Franç.*, nov. 1928).

- TEPPATI. — Les injections endotrachéales pour le traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire (*Ann. di Laring.*, vol. V, 1929).
- WOTZILKA. — Le traitement de la tuberculose laryngée (*Gazz. d. Sped.*, 1929, II, p. 1017).
- PING. — Education des tuberculeux du larynx au point de vue du traitement (*An. Fac. Méd. de Montévidéo*, vol. XIV, 1929).
- RICKMANN. — Le traitement de la tuberculose laryngée à la maison (*Prakt. Tok. bücherei.*, Stuttgart, F. Enke, 1930).
- THOST. — Le traitement du nez dans la tuberculose laryngée (*Zeitschr. f. Laryngolo.*, vol. XX, 1930).
- STRANDBERG et GRAVESEN. — Résultats du traitement de la laryngite tuberculeuse au Sanatorium de Vejlefjord (*Brit. J. of Tuberculosis*, t. XXIV, 1930).
- HERNANDEZ. — Sur le traitement de la tuberculose du larynx (*Rev. Cub. Oftalm.*, etc., t. II, 1930).
- BJORKMAN. — Traitement de la tuberculose du larynx (*Hygiea*, Stockholm, t. XCII, 1930).
- CALDERIN. — Directives actuelles dans le traitement de la tuberculose laryngée (*Medicina Ibera*, t. XIV, 1931).
- WOLTZILKA. — Organisation du traitement de la tuberculose laryngée (*Med. Klinik*, p. 1275, 1931).
- FINK. — Tuberculose laryngée et grossesse (*Zeitschr. Geburt.*, t. XCIX, 1931).
- PELLÉ et CLOITRE. — Le traitement de la tuberculose laryngée (*Bull. Gén. de Thérap.*, juin 1931).
- BERTEIN. — Traitement de la laryngite tuberculeuse (*Arch. Méd. Milit.*, t. XCIV, 1931).
- GLENN. — Traitement de la tuberculose laryngée (*Arch. of Physic. Ther.*, t. XII, 1931).
- HEAF. — Le traitement de la tuberculose laryngée au Sanatorium (*Tubercle*, t. XII, 1931).

- WHARRY. — La prophylaxie de la tuberculose du larynx (*Brit. Med. Journal*, n° 3680, 1931).
- PERONDI. — Aux confins de la spécialité : Tuberculose laryngée pendant la grossesse et avortement thérapeutique (*Bull. Mal. Orecchio*, t. XLIX, 1931).
- SIMIN. — Est-il juste d'ordonner le silence absolu aux tuberculeux du larynx ? (*Monatschr. f. Ohrenheilk*, t. LXV, 1931).
- SPINOLA. — Traitement de la tuberculose laryngée (*Pediatr. et Pueric.*, t. I, 1932).
- DOBROWOLSKI. — Contribution au traitement de la tuberculose laryngée (*Polski Przegl. Otol.*, t. VIII, 1932).
- DUNDAS GRANT. — Le traitement ambulant de la tuberculose laryngée par le médecin praticien (*Prakt. Tb. Bl.*, t. I, 1932).
- WESSELY. — Le traitement de la tuberculose laryngée (*Wien Med. Woch.*, 1933, p. 441).

B. — Aurothérapie.

- SCHMIDT. — Enseignement clinique sur le traitement de la tuberculose pulmonaire et laryngée par les sels d'or (*Dtsch. Med. Wochenschr.*, n° 22, 1926).
- SAARESTE. — Le traitement de la tuberculose laryngée par la sanocrysine (*Monatschr. f. Ohrenheilk*, p. 694, 1927).
- FERRANDO. — Contribution au traitement de la Tuberculose Laryngée par la sanocrysine (*Ann. mal. or.*, vol. 48, 1929).
- RICKMANN. — L'aurothérapie de la tuberculose pulmonaire et laryngée (*Mediz. Klinik.*, 1929, p. 103).

- SCHLAPPER. — Le traitement de la tuberculose pulmonaire et laryngée par les sels d'or (*Tuberkulose*, vol. 9, 1929).
- HARMS et EDINGER. — Sur l'influence de l'aurothérapie sur l'amélioration de la tuberculose pulmonaire et laryngée (*Tuberk.*, t. II, 1931).
- DI LAURO. — L'aurothérapie locale de la tuberculose laryngée (*Giornale di Tisiol.*, t. IX, 1931).
- ACIEGO DE MENDOZA. — Tuberculose laryngée et sanocrysine (*Rev. Espan. y Americ. Laringol.*, t. XXIII, 1932).
- EDINGER. — Oléo-solganal dans le traitement de la tuberculose laryngo-pulmonaire (*Tuberk.*, t. XII, 1932).
- APRILE. — Tuberculose laryngée et préparations auriques (*Valsalva*, t. VIII, 1932).
- MAYONK. — Guérison d'une tuberculose ulcéreuse du larynx en cours de traitement par l'allocrysine (*Soc. O.-R.-L. de Lyon*, 1932, in *Ann. d'O.-R.-L.*, 1932, n° 10).
- ROZIER, JULLIEN, MOLLARD. — 38 observations de tuberculose laryngo-pulmonaire traitées par les sels d'or (*Presse Méd.*, 1933, n° 4).
- ILKOFF. — Résultats cliniques avec le solganal dans la tuberculose pulmonaire et laryngée (*Dtsch. Med. Woch.*, 1933, t. I).
- PHILIPS. — Sels d'or et laryngite tuberculeuse (*Hauteville, Congr. Méd.*, 1933).

C. — Traitement par agents physiques

- BOURGEOIS et MARION. — Essai de traitement de la tuberculose laryngée par l'étincelage diathermique (*Ann. Mal. Or.*, février 1928).

- MORIN et AUBRY. — Le traitement de la tuberculose laryngée par les rayons ultra-violet (Ann. Mal. Or., mai 1928).
- VALTAN. — Galvano-cautérisation dans la tuberculose laryngée (Monatschr. f. ohrenheilk, vol. 63, 1929).
- SAINT-CLAIR THOMSON. — Remarques sur la tuberculose laryngée et son traitement par la lumière artificielle (Brit. Med. Journ., n° 3750, 1932).
- FRATINI. — Sur la roentgenthérapie de la tuberculose laryngée (Quad. radiol., t. III, 1932).
- MASINI. — Les radiations solaires dans la tuberculose laryngée (Annali di Laring., 1932, p. 49).
- ZANGE. — Roentgenthérapie de la tuberculose laryngée après une nouvelle expérience de 10 ans (Zeit. f. Hals., t. XXXI, 1932).
- FERRERI. — La Roentgenthérapie de la laryngite tuberculeuse (28° Cong. ital. O.-R.-L., Rome 1932, in Zentbl. f. Hals., t. XX, 1933).
- BACHMANN et WIEGAND. — Technique, dosage et résultats de la radiothérapie dans la tuberculose laryngée grave (Anal. in Zentbl. f. Hals., t. XXI, 1933).

D. — Chimiothérapie.

- FINDER. — Résultats obtenus avec le triphal dans la tuberculose laryngée (Dtsch. Med. Wochenschr., 52° an., n° 28, 1926).
- Mosso. — La chimiothérapie de la tuberculose, avec étude spéciale pour les formes laryngées (Ar. d. Clin. O.-R.-L. d. R. Univ. Roma, 1926).
- SCHMIDT. — Traitement de la tuberculose pulmonaire et laryngée par le triphal (Dtsch. Med. Wochenschr., p. 1986, 1927).

- ANTOGNIOLI. — Contribution à la chimiothérapie de la tuberculose laryngée (*Tuberculosi*, vol. XXII, 1928).
- JESSEN et GRIESBACH. — Le traitement de la tuberculose pulmonaire et laryngée par les sels de métaux lourds (*Zeitschr. f. Tub.*, vol. LIV, 1929).
- DÖRNER. — Le traitement des ulcérations tuberculeuses du larynx par la tripaflavine (*Orvosi Hetilap.*, 1930, II).
- NATTINO. — Sels métalliques et tuberculose laryngée (*Rev. tbc. Uruguay*, t. I, 1930).
- MEKESINA. — Sur le traitement de la tuberculose laryngée par le parachlorophénol (*Anal. in Zentralbl. f. Hals*, vol. 15, 1930).
- KATZ. — Le traitement de la tuberculose laryngée par l'acide trichloracétique (*Amer. Rev. of Tuberc.*, t. XXI, 1930).
- KEKALO. — Pyoktanin et tuberculose laryngée (*Anal. in Zentralbl. f. Hals*, t. XIX, 1932).

E. — Collapsothérapie.

- AMEUILLE et TARNEAUD. — Pneumothorax artificiel et laryngite tuberculeuse (*Soc. Méd. Hôpit.*, 14 octobre 1927 ; *Anal. in Pr. Méd.*, 19 oct. 1927).
- ARMAND-DELILLE. — Laryngite tuberculeuse et pneumothorax artificiel (*Soc. Méd. Hôpit.*, 21 oct. 1927 ; *anal. in Pr. Méd.*, 26 oct. 1927).
- DWORETZKY. — L'immobilisation du poumon dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et son influence sur le larynx (*Ann. of Otol.*, t. XXXIX, 1930).

MARGULIS. — Pneumothorax artificiel et tuberculose du larynx (Anal. in *Zentralbl. f. Hals*, t. XVI, 1931).

WASOWSKY et TOTWEN. — Influence du pneumothorax artificiel et de la phrénicectomie sur l'évolution de la tuberculose laryngée (*Monatschr. f. Ohrenheilk*, t. LXV, 1931).

TOYAMA. — Tuberculose laryngée et pneumothorax artificiel (Anal. in *Zentralbl. f. Hals*, t. XVIII, 1932).



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



